| Visite | | ..... | Visitendatum | | __/__/__ |
|---|---|---|---|---|---|
| **Subject ID** | **Geschlecht** | **Alter** | **Einschlussdatum** | **Seite** | **Center** |
| ..... | | ..... | __/__/__ | ..... | ..... |

## I. Allgemeine Angaben

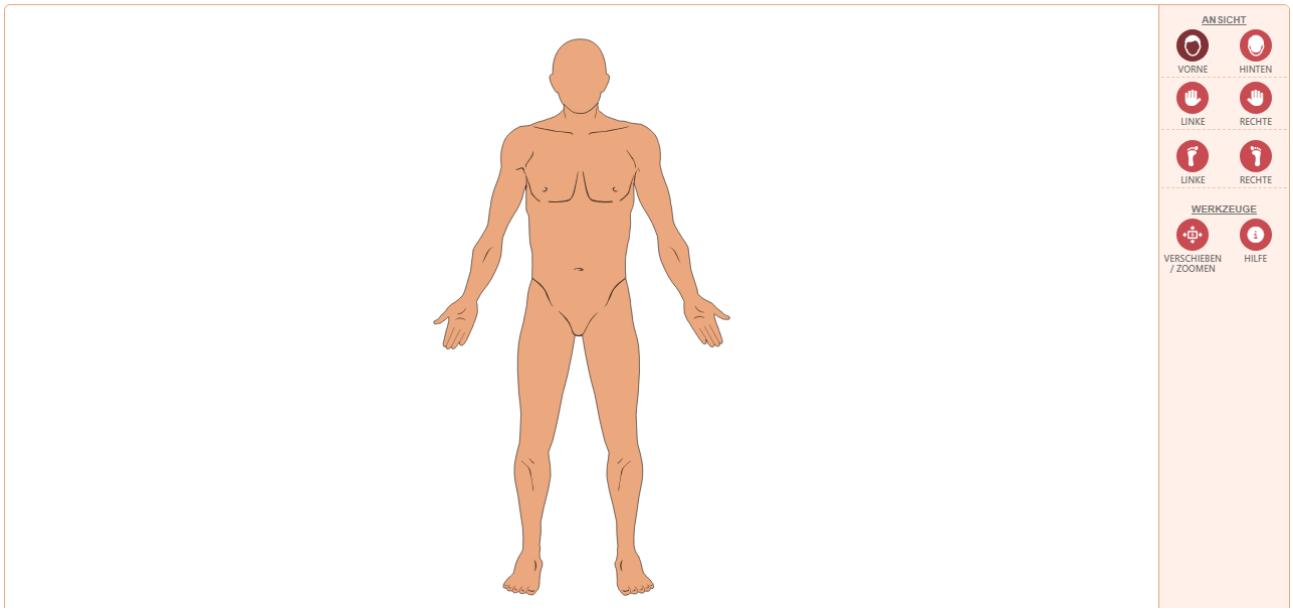
| | |
|---|---|
| 1. Wie oft waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Ihrer Psoriasis (egal welche Form) stationär (mind. 1 Nacht) im Krankenhaus? | ..... |
| 2. Arbeiten Sie momentan (bezahlte Arbeit)? | ◯ Ja<br>◯ Nein |
| 2.1 | ◯ Vollzeit (35 Stunden und mehr)<br>◯ Teilzeit oder stundenweise<br>◯ Beurlaubung (Erziehungsurlaub o.ä.)<br>◯ Auszubildender, Umschüler |
| | ..... Std. pro Woche |
| 2.2 Sind Sie derzeit aufgrund Ihrer Psoriasis arbeitsunfähig? | ◯ Ja, seit<br>◯ Nein |
| | ..... seit [x] Tagen |
| 2.3 An wie vielen Tagen konnten Sie in den vergangenen 12 Monaten aufgrund der Psoriasis nicht arbeiten? | ..... Tagen |
| 2.1 | ◯ Rentner / Pensionär, im Vorruhestand<br>◯ Hausfrau / Hausmann<br>◯ Schüler, Student<br>◯ Arbeitslos<br>◯ Aus anderen Gründen nicht erwerbstätig |
| 3. Wie ist Ihr Familienstand? | ◯ Verheiratet<br>◯ Ledig<br>◯ Geschieden<br>◯ Verwitwet |
| 4. Leben Sie alleine? | ◯ Ja<br>◯ Nein, mit:<br>..... (Anzahl) Personen |

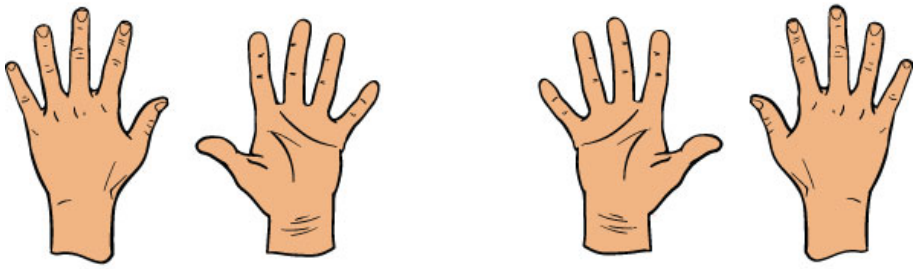
| | |
|---|---|
| 5. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss? | ◯ Ohne Schulabschluss<br>◯ Hauptschulabschluss<br>◯ Realschulabschluss (mittlere Reife)<br>◯ Abitur<br>◯ Fachhochschulreife<br>◯ anderer Schulabschluss |
| Welcher? | ..... |
| 6. Wie sind Sie krankenversichert? | ◯ Gesetzliche Krankenversicherung ohne Zusatzversicherung<br>◯ Gesetzliche Krankenversicherung mit privater Zusatzversicherung<br>◯ ausschließlich private Krankenversicherung<br>◯ nicht krankenversichert<br>◯ anderes, nämlich: |
| Anderes: | ..... |
| 7. Rauchen Sie? | ◯ Ja, seit<br>◯ Nein |
| | ..... Jahr(en) |
| Wenn ja: Wie viel rauchen Sie zurzeit durchschnittlich am Tag? | |
| Zigaretten | ..... |
| Zigarren, Zigarillos | ..... |
| Pfeifen | ..... |
| Wenn nein: | ◯ Ex-Raucher (schon einmal mindestens ein Jahr lang geraucht)<br>◯ Noch nie oder weniger als ein Jahr lang geraucht |
| 8. Nutzen Sie elektrische Zigaretten oder ähnliche Produkte (z.B. E-Shishas)? | ◯ Ja, seit<br>◯ Nein |
| | ..... Jahr(en) |
| 9. Wie oft trinken Sie üblicherweise Alkohol? | ◯ Nie<br>◯ Weniger als 1x pro Woche<br>◯ Einmal pro Woche<br>◯ Mehrmals pro Woche<br>◯ Täglich |
| 9.1 Wenn Sie Alkohol trinken, wie viel trinken Sie zurzeit durchschnittlich in einer Woche? | |
| Gläser Bier (30 cl), Wein oder Sekt (25 cl) | ..... |
| Gläser Schnaps, Rum, Weinbrand etc. (2 cl) | ..... |
| Gläser Cocktails, Liköre, Wermut etc. (4 cl) | ..... |

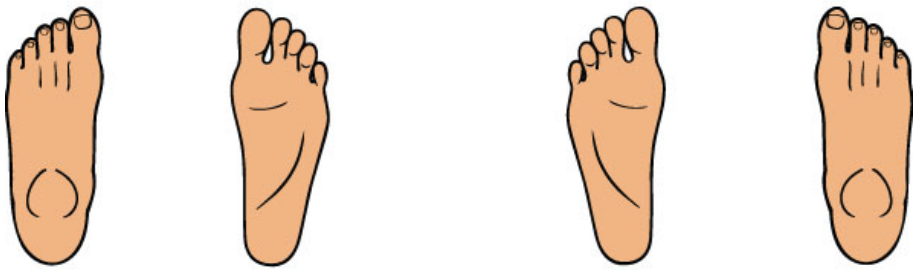
## II. Ausdehnung der Psoriasis-Herde

**Bitte wählen Sie alle von Psoriasis betroffenen Körperstellen durch Anklicken aus. Bitte beachten Sie im Bereich der Hände und Füße ob der gesamte Finger/Zeh oder die Finger-/Fußnägel betroffen sind.**

*



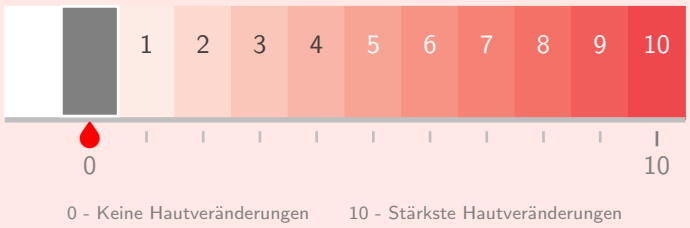




**1. Wie schwer schätzen Sie Ihre Psoriasis (einschließlich pustulöser Form) momentan (letzte 24 Stunden) ein?**

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl auf der Numerischen Rating Skala (NRS) an.

NRS Schwere der Psoriasis

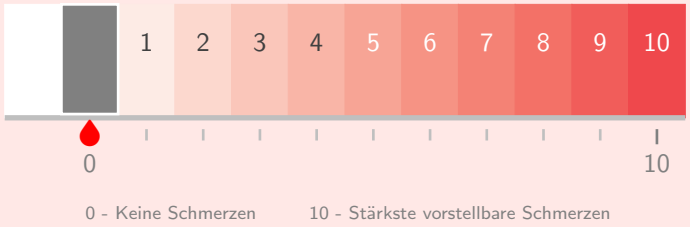



Bitte wählen Sie einen Wert zwischen 0 und 10.

## 2. Wie schwer schätzen Sie Ihre Schmerzen an der Haut momentan (letzten 24 Stunden) ein?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl auf der Numerischen Rating Skala (NRS) an.

NRS Schmerzen Haut

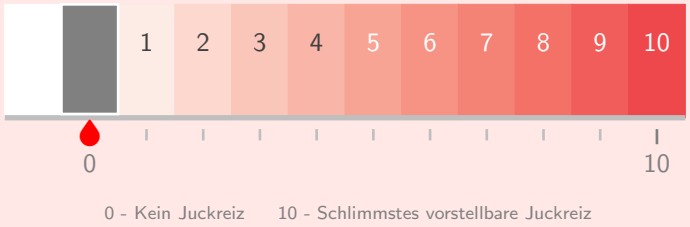



Bitte wählen Sie einen Wert zwischen 0 und 10.

## 3. Wie schwer schätzen Sie Ihren Juckreiz an der Haut momentan (letzten 24 Stunden) ein?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl auf der Numerischen Rating Skala (NRS) an.

NRS Juckreiz




Bitte wählen Sie einen Wert zwischen 0 und 10.

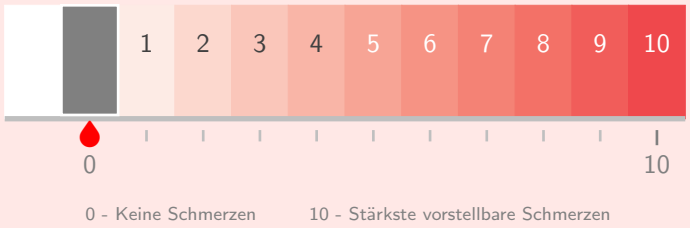
## 4. Psoriasis-Arthritis

| | Aktuell | Früher | Noch nie |
|---|---|---|---|
| 4.1 Leiden Sie unter Gelenkschmerzen? | | | |
| 4.2 Wurde bei Ihnen die Diagnose einer Psoriasis-Arthritis gestellt? | | | |

4.3 Wie schwer schätzen Sie Ihre Psoriasis-Arthritis momentan (letzte 24 Stunden) ein?

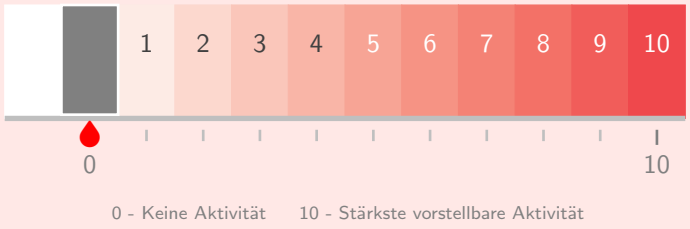
Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl auf der Numerischen Rating Skala (NRS) an.

NRS Schmerzen Psoriasis-Arthritis




Bitte wählen Sie einen Wert zwischen 0 und 10.

NRS Aktivität Psoriasis-Arthritis




Bitte wählen Sie einen Wert zwischen 0 und 10.

## III. Patient Benefit Questionnaire (PBQ)

Bitte tragen Sie hier ein, welche Behandlung der Hauterkrankung aktuell durchgeführt wird (oder zuletzt durchgeführt wurde):

| Behandlung | Seit wann? |
|---|---|
| ..... | __/__/__ |

☐ Weiß nicht

Bitte kreuzen Sie nun zu jeder der folgenden Aussagen an, inwieweit die Ziele durch die angegebene Behandlung bereits erreicht wurden und damit die Behandlung für Sie von Nutzen war. Falls eine Aussage für Sie nicht zutraf, z.B. weil Sie keine Schmerzen hatten, kreuzen Sie bitte "betraf mich nicht" an.

**Die Behandlung hat mir geholfen...**

| | gar nicht | etwas | mäßig | ziemlich | sehr | betraf mich nicht |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. . . schmerzfrei zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. . . keinen Juckreiz mehr zu empfinden | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. . . kein Brennen an der Haut mehr zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. . . von allen Hautveränderungen geheilt zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. . . besser schlafen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. . . weniger niedergeschlagen zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. . . an Lebensfreude zu gewinnen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. . . keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. . . ein normales Alltagsleben führen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. . . im Alltag leistungsfähiger zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11. . . meine Angehörigen und Freunde weniger zu belasten | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12. . . normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13. . . ein normales Berufsleben führen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 14. . . mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 15. . . mich mehr zeigen zu mögen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 16. . . in der Partnerschaft weniger belastet zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 17. . . ein normales Sexualleben führen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 18. . . weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 19. . . weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 20. . . weniger eigene Behandlungskosten zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21. . . weniger Nebenwirkungen zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 22. . . eine klare Diagnose und Therapie zu finden | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 23. . . Vertrauen in die Therapie zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 24. . . eine schnellere Verbesserung der Haut zu erfahren | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 25. . . eine Kontrolle über Ihre Erkrankung zurückzugewinnen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## IV. Therapie

### 1. Wie haben Sie in der vergangenen Woche die Behandlung der Psoriasis erlebt?

| | Gar nicht | Etwas | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 Die Behandlung stellt für mich eine Belastung dar | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| 1.2 Die Behandlung ist für mich mit einem großen Zeitaufwand verbunden | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| 1.3 Bei der Behandlung benötige ich fremde Hilfe | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |

### 2. Wie viel Zeit benötigen Sie im Durchschnitt pro Tag für Ihre Behandlung?

Für die Behandlung benötige ich täglich insgesamt:

◯ Keine Zeit
◯ Bis 10 Min.
◯ Bis 30 Min.
◯ Bis 60 Min.
◯ Mind. 60 Min.

### 3. Wie oft haben Sie folgende Ärzte in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Psoriasis aufgesucht?

| | Gar nicht | 1 - 2 mal | 3 - 5 mal | 6 - 10 mal | Über 10 mal |
|---|---|---|---|---|---|
| Hautarzt / Hautklinik | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Hausarzt | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Orthopäde / Rheumatologe | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Internist | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Andere: ..... (Bitte eintragen) | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Andere: ..... (Bitte eintragen) | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Andere: ..... (Bitte eintragen) | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Andere: ..... (Bitte eintragen) | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |

### 4. Wie schätzen Sie die Versorgung Ihrer Psoriasis über die letzten Jahre ein?

◯ Sehr gut
◯ Gut
◯ Mittel
◯ Schlecht

### 5. Wie zufrieden sind Sie mit der bisherigen Behandlung Ihrer Psoriasis?

◯ Sehr zufrieden
◯ Eher zufrieden
◯ Eher nicht zufrieden
◯ Sehr unzufrieden

## V. Dermatologischer Lebensqualitäts-Index (DLQI)

Mit diesen Fragen soll ermittelt werden, wie sehr Ihre Hautprobleme in der vergangenen Woche Ihr Leben beeinflusst haben. Bitte machen Sie pro Frage ein Kreuz. Wenn eine Aussage für Sie gar nicht zutrifft, dann kreuzen Sie bitte "Entfällt" an.

| | Sehr stark | Stark | Etwas | Gar nicht | Entfällt |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Wie juckend, schmerzhaft, wund oder brennend war Ihre Haut in der letzten Woche? | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 2. Wie sehr haben Sie sich in der letzten Woche wegen Ihrer Haut geschämt oder verunsichert gefühlt? | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 3. Wie sehr hat Ihr Hautzustand Sie in der letzten Woche beim Einkaufen, oder bei der Haus- und Gartenarbeit gestört? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche die Auswahl Ihrer Kleidung beeinflusst? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche Ihre sozialen Kontakte oder Freizeitaktivitäten beeinflusst? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. Wie sehr hat Ihre Haut Ihnen in der letzten Woche die Ausübung von Sport erschwert? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | Ja | Nein | Entfällt |
|---|---|---|---|
| 7. Hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche davon abgehalten zu arbeiten oder zu studieren? | ○ | ○ | ○ |

| | Sehr | Etwas | Gar nicht |
|---|---|---|---|
| 7. Wenn "Nein", wie stark hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche beim Arbeiten oder Studieren gestört? | ○ | ○ | ○ |

| | Sehr stark | Stark | Etwas | Gar nicht | Entfällt |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. Wie sehr hatten Sie wegen Ihrer Haut in der letzten Woche Probleme mit Ihrem Partner, engen Freunden oder Verwandten? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9. Wie sehr hat Ihnen Ihre Haut in der letzten Woche Probleme im Liebesleben bereitet? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10. Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in der letzten Woche ein Problem, z.B. durch Verunreinigung von Wäsche und Gegenständen oder durch den Zeitaufwand? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## VI. Fragebogen zur Beeinträchtigung von Arbeitsproduktivität und Aktivität: Psoriasis/-Pustulöse Psoriasis V2.0 (WPAI:PSO)

Die folgenden Fragen betreffen die Auswirkung Ihrer Psoriasis/Pustulöse Psoriasis auf Ihre Fähigkeit zu arbeiten und Ihren normalen Aktivitäten nachzugehen. Bitte tragen Sie, falls zutreffend, die geforderte Information ein oder kreisen Sie die entsprechende Zahl ein.

**Die nächsten Fragen betreffen die letzten sieben Tage, ausgenommen heute.**

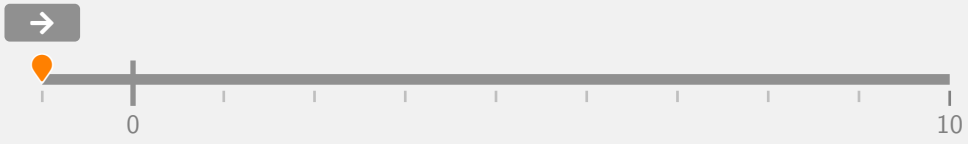
Wenn "Arbeiten Sie momentan (bezahlte Arbeit)" ist JA:

| | |
|---|---|
| 2. Wie viele Stunden Arbeit haben Sie in den letzten sieben Tagen wegen Problemen versäumt, die mit Ihrer Psoriasis/Pustulöse Psoriasis zusammenhängen? Berücksichtigen Sie hier Stunden, die Sie an Krankentagen versäumt haben, Verspätungen, vorzeitiges Nachhausegehen usw. wegen Ihrer Psoriasis/Pustulöse Psoriasis. Zählen Sie nicht die Stunden dazu, die Sie wegen Teilnahme an dieser Studie versäumt haben. | .....Stunden |
| 3. Wie viele Stunden Arbeit haben Sie in den letzten sieben Tagen aus anderen Gründen versäumt, wie z.B. Urlaub, Feiertage, Zeit zur Teilnahme an dieser Studie? | .....Stunden |
| 4. Wie viele Stunden haben Sie in den letzten sieben Tagen tatsächlich gearbeitet? | .....Stunden |

5. Wie stark hat sich Ihre Psoriasis/Pustulöse Psoriasis in den letzten sieben Tagen auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt?

Denken Sie an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger schafften, als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Wenn sich die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis, nur geringfügig auf Ihre Arbeit ausgewirkt hat, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis stark auf Ihre Arbeit ausgewirkt hat, wählen Sie eine hohe Zahl.

Berücksichtigen Sie nur, wie stark sich die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis auf Ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt hat.




0 - Die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis hatte keine Auswirkung auf meine Arbeit
10 - Die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis hat mich völlig am Arbeiten gehindert

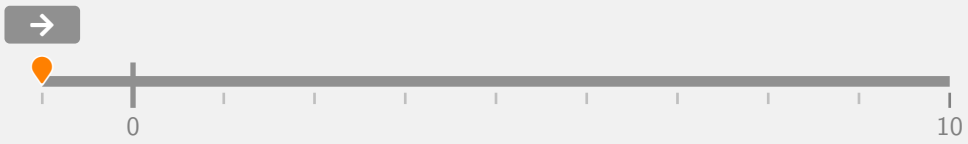
Bitte wählen Sie einen Wert zwischen 0 und 10.

Wenn "Arbeiten Sie momentan (bezahlte Arbeit)" ist JA oder NEIN:

6. Wie stark hat sich Ihre Psoriasis/Pustulöse Psoriasis in den letzten sieben Tagen auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen der Berufstätigkeit?

Unter normalen Aktivitäten verstehen wir die üblichen Aktivitäten, die Sie erledigen, wie z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Kinderbetreuung, Gymnastik/körperliche Bewegung, Lernen, usw. Denken Sie an Zeiten, in denen Sie in der Menge oder Art der Aktivitäten, die Sie erledigen konnten, eingeschränkt waren und Zeiten, in denen Sie weniger schafften, als Sie wollten. Wenn sich die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis nur geringfügig auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt hat, wählen Sie eine niedrige Zahl. Wenn sich die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis stark auf Ihre Aktivitäten ausgewirkt hat, wählen Sie eine hohe Zahl.

Berücksichtigen Sie nur, wie stark sich die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt hat, Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachzugehen, ausgenommen der Berufstätigkeit.

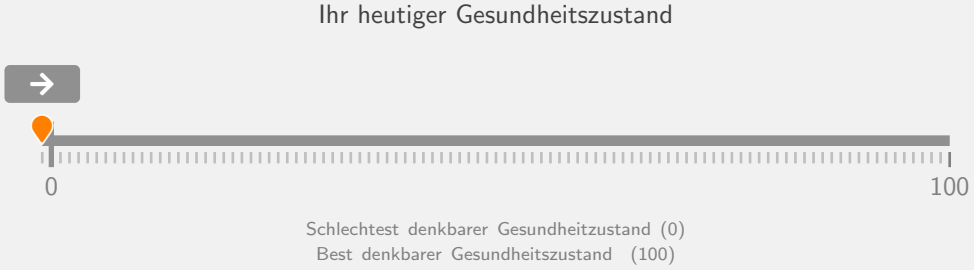



0 - Die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis hatte keine Auswirkung auf meine täglichen Aktivitäten
10 - Die Psoriasis/Pustulöse Psoriasis hat mich völlig an meinen täglichen Aktivitäten gehindert

Bitte wählen Sie einen Wert zwischen 0 und 10.

## VII. Skala zum Gesundheitszustand

(EQ – 5D - Gesundheitsfragebogen)
Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.
Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala auszuwählen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte wählen Sie den Wert, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.




Bitte wählen Sie einen Wert zwischen 0 und 10.

## VIII. Patient Needs Questionnaire (PNQ)

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie wichtig Ihnen persönlich die unten genannten Ziele bei der aktuellen Behandlung Ihrer Hauterkrankung sind. Bitte kreuzen Sie zu jeder der folgenden Aussagen an, wie wichtig Ihnen dieses Behandlungsziel ist. Falls eine Aussage auf Sie nicht zutrifft, z.B. weil Sie keine Schmerzen haben, kreuzen Sie bitte "betrifft mich nicht" an.

**Wie wichtig ist es für Sie, durch die Behandlung...**

| | gar nicht | etwas | mäßig | ziemlich | sehr | betrifft mich nicht |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 . . . schmerzfrei zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2 . . . keinen Juckreiz mehr zu empfinden | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3 . . . kein Brennen an der Haut mehr zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4 . . . von allen Hautveränderungen geheilt zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5 . . . besser schlafen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6 . . . weniger niedergeschlagen zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7 . . . an Lebensfreude zu gewinnen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8 . . . keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 9 . . . ein normales Alltagsleben führen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 10 . . . im Alltag leistungsfähiger zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 11 . . . meine Angehörigen und Freunde weniger zu belasten | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 12 . . . normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 13 . . . ein normales Berufsleben führen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 14 . . . mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 15 . . . sich mehr zeigen zu mögen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 16 . . . in der Partnerschaft weniger belastet zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 17 . . . ein normales Sexualleben führen zu können | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 18 . . . weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 19 . . . weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 20 . . . weniger eigene Behandlungskosten zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 21 . . . weniger Nebenwirkungen zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 22 . . . eine klare Diagnose und Therapie zu finden | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 23 . . . Vertrauen in die Therapie zu haben | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 24 . . . eine schnellere Verbesserung der Haut zu erfahren | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 25 . . . eine Kontrolle über Ihre Erkrankung zurück zu gewinnen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |